

[00 : はじめに]

介護保険制度とは介護保険法に基づき「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする(介護保険法第一条)」制度である。法令に記されるとおり、高齢者の自立した生活を介護・支援することを最大の目的としているのだ。

何故、この介護福祉制度が必要になってきたのだろうか。それは人間の寿命が延びたことや少子化といった諸所の事情が重なってきたことで高齢化が進展したせいである。高齢化が進むに連れて、寝たきり・痴呆といった病に冒され、生きていく上で恒常的に他者の手が必要となる高齢者が急速に増加するだろう。

また、介護が必要な期間が長期化したり、介護する家族もまた高齢者であったりという場合も出てくる。80 歳の高齢者を 60 代の高齢者が介護する、というのは現実には起きている問題である。これでは家族のみでの介護は十分な対応が出来ず、介護する側もされる側もストレスを感じるだろう。介護をすること・されることの両方が人間の老後生活最大の不安要因となり得るのだ。

[01 : 保険料に関して]

1) 基本保険料

介護保険制度において、40 歳以上から保険料の支払いが義務付けられる。被保険者は 65 歳以上の第一号被保険者と、医療保険を支払っている 40 歳以上 60 歳未満の第二号被保険者とに分類され、保険料や徴収方法もまた分類されている。

65 歳以上の第一号被保険者の保険料は、被保険者が住む市区町村での介護サービスの水準や所得に応じて変化する。これは所得に応じ、5 段階的に分けての定額保険料とするこ

とにより、低所得者にとっても過重な負担とならないように設定されている。徴収は老齢・退職年金からの特別徴収が基本で、それが出来ない場合(年金額が年間 18 万円未満)は市町村が個別に国民健康保険料と併合して徴収を行う。これは国が定めるガイドラインに基づき、市町村が条例で設定している。

第二号被保険者の保険料は、それぞれの加入する医療保険により異なってくる。徴収方法もまた加入している医療保険により変わってくる。これには医療保険と同様に、事業主・婦負担や国庫負担などが用意されている。

2) 介護保険サービスを受けると生じる使用料

保険料のみで介護のサービスを受けられる訳ではない。保険料はあくまで「保険」であって、将来サービスを利用するための積み立てではないのだ、

現在では老人医療は外来でも入院でも定額制で利用されているが、介護保険では利用料の 1 割を負担しなければならない。要介護度 5 に認定された受給者は 358,300 円までの在宅サービスを受けることが可能となっていて、これをすべて受けたとすると 35,830 円の支払いが必要となる。しかし、要介護度が 5 ともなればその分、介護福祉士などの専門医にかからなければいけない場面を多数あるだろう。家庭で行うことの出来ない介護の限度額を超えて受給した場合、超過部分は全額自己負担となってしまう。例えば訪問入浴介護は一回につき 12,500 円の料金が必要となり、その額は一ヶ月で 375,000 円となる。要介護度 5 と言えば、完全寝たきり状態なので、家族のみで入浴させることは困難であろう。これを考えると、最高給付額の 35,830 円は決して充分だとは言えないだろう。そして、この最高給付額が全員に給付されるわけではない。認定度のずれが生じた場合、受給者の負担は大きくなる。実際は要介護度 5 に属する者が、認定時の診断結果より要介護度 4 と判断された場合、保険給付金の限度額は 375,000 円から 306,000 円へと引き下げられる。認定度に即した結果でも介護することは困難なのに、それ以下でしかサービスが受けられないのであれば限度額以内で介護が出来るとは思えない。

この問題に対応策として考えられるのは、給付額の増大か、高額介護サービス費制度の充実であろう。前者に関しては、給付額が増大すれば、その分保険料の引き上げをしなければならない。現状でさえ、年金からの天引き等により、大きな負担となっていると言うのに、これ以上増やしてしまえば生活できない高齢者も出てきてしまうだろう。更に高齢化・少子化が悩まれる昨今では、高齢者の割合が高まった上での保険料の引き上げが成されれば一被保険者の負担は大きくなる。ならば、後者の高額介護サービス費制度を充実させるほか方法はない。これは介護費用の超過分が高額になった場合、自己負担を軽減するために申請することでその超えた分の払い戻しを受け取ることが出来る制度のことだ。

これは3つに分類されていて、

- (1). 市民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者・生活保護者等…15,000 円
- (2). 市民税世帯非課税者等…24,600 円
- (3). 上記以外…37,200 円

以上を上限として、還元される。但しこれには食費、福祉用具の購入費、住宅改修の費用、日常生活などの実費相当分や利用限度額を超えたサービス費用は対象にはならず、同一世帯に複数の介護サービス利用者がいる場合は合算額で計算することになっている。また自治体によっては「介護サービスの貸付」を行っているところもある(但し、貸付分の支払い義務は親から子へと引き継がれる)。これらを利用することで、少しでも介護を必要とする者を養う家族の負担を減らしていくことが必要となってくるだろう。

[02：要介護度認定について]

1) 被保険者と受給資格者

被保険者については上記で述べたとおり、65 歳以上の第一号被保険者と、医療保険を支払っている 40 歳以上 60 歳未満の第二号被保険者とに分類される。つまり 40 歳以上となれば、義務的に支払う必要が出てくると言うこととなる。しかし介護福祉制度のサービスの対象者となるのは一部だけだ。

40 歳以上の被保険者の方が、以下の状況に在る場合に限りサービス給付の適応がされる。

(1)入浴、排せつ、食事等の日常生活動作について介護を必要とする状態（要介護状態）にある場合。

(2)虚弱な状態であって要介護状態とならないために適切なサービスを受けることが必要な状態（要介護状態となるおそれのある状態）である場合。

以上の二点、若しくは 40～60 歳の高齢者については脳卒中・初老期痴呆等の症状が見られ、要介護状態に陥った時のみ保険給付が成される。

以上を踏まえて考えると、介護保険の対象者は寝たきりやそれに近い肢体不自由(脳卒中後遺症など)と痴呆症を負った者に限定されていることになる。これは大きな問題ではないだろうか。高齢者ではこれらの疾患以外にも、色々な疾患で日常生活に支障をきたすことが多いのだが、介護保険では対象となっていない部分が多い。大掛かりな介護は必要としなくとも、専門の人でなければ困難な介護だってあるはずだ。

また、家庭環境によつての配慮も少ないようだ。在宅で介護者があり、介護を受けられ

る場合はまだいいが、高齢者の夫婦のみ、若しくは一人暮らしの高齢者は、日常においての困難は多様に見られるはずなので、これだけで要介護認定と判断していいだろう。

現時点では要介護状態、もしくは要介護状態となるおそれのある高齢者は全高齢者の中で 13%である。この数字を小さいと見るか大きいと見るかでまた違った見解が出てくるだろう。サービスを望む側としては、認定までの門が狭いと感じるだろうし、被保険者はこれ以上サービス受給者が増えることによる保険料の増大に嫌悪を示すだろう。

2) 認定の流れ

介護福祉を受けるに当たって、要介護度を調べるが必要となってくる。要介護度とは、文字の通り介護を受ける者が、どの程度の介護を必要としているのかを認識するための目安のことで、この認定の重さにより給付されるサービスの程度が変わってくる。

審査は大まかに分類して2回行われる。認定を欲した申請者の家に訪問して行う問診調査とコンピューターや掛かりつけの医師による判断にて行われる。

給付を受けるためには、まず申請をしないことには始まらない。介護サービスの利用を希望する人は各市町村の介護保険申請窓口で「要介護認定」の申請をする。これを受けて要介護認定が始まる。

一次審査として、市町村の職員や、市町村から委託を受けた居宅介護支援事業所等の介護支援専門員が申請者の家へ訪問し、問診調査を行う。被保険者(=申請者)は調査員に対して心身の状態を明確に伝えなければいけない。質問に対する答えや応答の状況(意識がはっきりしているか、痴呆は見られないか等)、置かれている環境により、要介護レベルが判断される。この間掛かる時間は、一時間程度とされている。

調査員は被保険者から受けた質問の答えをコンピューターに入力して判断する。これが第一次判定となり、おおまかな判定がここで決定する。質問に対する回答に関しては厚生省の発布するコンピューターソフトにより判断されるため、同字内容を入力すれば同じ結果となるため、ある程度の枠に当てはめることが可能となり、結果個人差が生じないと考えられている。

二次審査は、調査員が一次審査で判定した内容で問題が無いかをかかりつけの医師の意見書を参考にしながら判定し、これにより介護給付の有無や介護給付の利用限度額などが決定される。ここでは、医療福祉介護についての学識経験者の中から任命された複数名から成る「認定審査会」により判定される。判定レベルは「要支援レベル」「要介護レベル1～5」に分類され、それに見合った給付を受けることが可能となる。

要介護レベルにおける被保険者の状況を以下に示す。

◇ 要支援

要介護状態とは認められないが、社会的支援を要する。

食事・排せつ・衣類の着脱は概ね自立しているが、生活管理機能の低下などにより、時々支援を必要とする。

◇ 要介護 1

生活の一部について部分的介護を要する。

食事・排せつ・衣類着脱もいずれもが概ね自立しているが、一部介助支援を必要とする。

◇ 要介護 2

中程度の介護を必要とする。

食事・衣類着脱はなんとか自分でできるが排せつは介護者の一部の介助を必要とする。

◇ 要介護 3

重度の介護を必要とする。

食事・衣類の着脱のいずれも介護者の一部に介助を必要とする。排せつには全面介助がある。

◇ 要介護 4

最重度の介護を必要とする。

身体状態は様々であるが、食事・排せつ衣類着脱のいずれにも介護者の全面的な介助を必要とする。

◇ 要介護 5

過酷な介護を必要とする。

寝たきり状態(寝返りをうつことすら出来ない)にある。意志の伝達が困難。食事・排せつ・衣類着脱のいずれにも介護者の全面的な介助を必要とする。

この他に「自立」という分類があり、以上にあてはまらない者はこれに属することになり、例えば介護を依頼したとしても、すべて自己負担となり、一切の給付を受けることが出来ない。

3) 認定時に生じる問題

要介護度を認定する際に、この介護福祉制度上での一番の問題が生じると思う。何故なら、紙面一枚と一時間の面会でしか受給者の状況を見ることが出来ないからだ。心身の調子は、その日の天気や気分によってさえも左右される。ましてや、調査者が来ると言うことに対して意気込まない者がいるだろうか。体裁を繕おうとするのは人間の性だといっている。自分の心身の状況を調べられているのだと身構えることで生きる上での「張り」が出てしまい、結果、普段以上の能力を発揮してしまい、要介護認定のレベルを1段階下げてしまうことがあるだろう。また、一人暮らしの高齢者はそれだけで「自立」していると判断されることが多々あるらしい。

また、厚生省から発布されるという診断ソフトも疑わしいものだ。統計を取って作成されたそれは、個人の問題に必ずしも沿っているとは限らない。例え同じ症状や環境にあっても、個人の状態というものは誰かと一致するようなものではない。かかりつけの医師の診断書にしても、日頃からコミュニケーションを完璧に取れているとは限らない。善意的な医師であれば可能かもしれないが、ただ診断だけをするような医師は少なくないはずだ。つまり、正確な要介護度の認定なんて、出来るわけが無いのだ。

ならばどうすれば、正確に近い認定が出来るのだろうか。それは判断に数日を要すことが、まず必要だと思う。給付後、実際に受けることが出来るサービス(訪問介護や施設への訪問など)を受給希望者に試させれば、現場において被保険者がどう行動するかを把握することが出来る。これは一次審査における有益な資料にもなるし、受給者希望者にとっては認定後にどのようなサービスが受けられるのかを知るチャンスにもなる。この方法だとコストも時間も掛かるかもしれないが、認定後に起こる不具合を少しは緩和できると思われる。

しかし、認定がうまく行ったとしても、ケアプランに沿って介護のプランを立てる時、問題となるのが市町村により介護サービスに不均衡が出ることだ。ホームヘルパーの不足・市町村での取り組みの姿勢の違い・施設の有無など、市町村によっては受けられるサービスが随分異なるという事態が起こることが予測される。同じ金額を負担しているのに、受けられるサービスの質がまったく違うと言うのは、利用者にとって不満の原因となるだろう。特に過疎地域では取り組みの遅れも見られ、単独の事業だけでは成り立たないだろう。

厚生省は広域での対応を、といているが、それもうまく行く見込みが無い。また、厚生省の考えている施設が順調に出来たとしても、現在では要介護者の4割の需要を満たすことしか出来ないと言われていて、「保険導入から10年後に8割の人が必要なサービスを受けられる体勢を整える」との厚生省の将来見通しは希望的観測に過ぎない。保険料を

払っても、それに見合うサービスを受けられない地域が将来的には出来てしまうだろうことが考えられる。

[03 : サービスの種類]

1) サービス内容

介護を受けるに当たって、サービスの種類は多数存在する。中でも在宅で受けることが可能なサービスが多く、利用度もまた高い。

▼ 訪問介護（ホームヘルプサービス）

ホームヘルパーが受給者の自宅で行う。入浴・排泄・食事等の介護が主で、その他にも日常生活上の世話や家事の援助を行う。

▼ 訪問入浴介護

自宅へ訪問し、入浴の介護を行う。入浴車(浴槽を積んだ車)で訪問する。

▼ 訪問看護

主治医の判断に基づき、看護婦等が居宅で行う医療上の世話と診療の補助をする。

▼ 訪問・通所によるリハビリテーション

主治医の判断に基づき、理学療法士や作業療法士等が家庭を訪問したり、あるいは施設においてリハビリを行ったりする。心身機能の維持回復・日常生活の自立援助が目的。

▼ 日帰り介護（デイサービス）

デイサービスセンター等に通い、入浴、食事の提供、機能訓練等を行う。日常生活上の世話が主で、施設に通うための送迎バスが出ているところが多数。

▼ 通所リハビリテーション（デイケア）

介護老人保健施設等に通い（送迎有り）、施設で受ける心身機能の維持回復・日常生活の自立援助のためのリハビリテーション

▼ 短期入所生活介護（ショートステイ）

特別養護老人ホーム等に短期間入所し受ける、入浴・食事等の介護その他日常生活上の世話と機能訓練

▼ 痴呆の要介護者に対応する共同生活介護(グループホーム)

重度でない痴呆の状態の高齢者が、10 人前後の共同生活を営む。入浴・食事等の介護その他日常生活上の世話と機能訓練を行う。

以上の他にも、多数のサービスが提供されている。日常生活上の世話だけでなく、生活に必要な用具や福祉用具の貸与、また貸し出せないもの(入浴や排せつ等のための用具)を購入するための費用や、介護を必要とする者のために手すりをつけたり、家内の段差をなくしたりと住宅を改修する費用も現金という形で支給される。また、形として支給されるものだけではない。介護サービスの計画を作成する、つまりケアプランの提供もまたサービスの一つだ。

2) ケアプランについて

ケアプランとは要介護認定を受けた者が、実際にサービスを受けるに当たって

- (1). 在宅で介護する。
- (2). 施設に入所する。
- (3). 訪問看護を受ける。
- (4). ホームヘルパーに来てもらう頻度。

以上のことを、保険給付額の範囲内で、個々のニーズや状態に即したサービスを適切かつ効果的に利用することが出来るように考えることで、これは自分や家族で好きに作成する方法もあれば、介護支援専門員(=ケアマネージャー)に依頼して行う方法もある。プランの作成費用は介護保険から給付されるので介護支援専門員に依頼した方が効率的だと思われる。介護支援専門員は、ケアプランを作成するだけでなく、プランに基づくサービス業者等への連絡調整や施設の紹介も行ってくれる。また、サービス提供者がサービスプランどおりに継続的にサービスの提供が行われているかの管理もしてくれるので、アフターケアもしっかりと行われているといえる。受給者にとって、介護支援専門員は心強い味方となってくれるだろう。

■ ケアプランのモデル図 (要介護度3/日帰り介護重視型)

	月	火	水	木	金	土	日
午前	訪問介護	日帰り介護	訪問看護	日帰り介護	訪問介護	日帰り介護	
午後	訪問介護 <巡回型>	OR 訪問介護 <巡回型>	訪問介護 <巡回型>	OR 訪問介護 <巡回型>	訪問介護 <巡回型>	OR 訪問介護 <巡回型>	訪問介護 <巡回型>

3) 在宅支援重視にすることで起こり得る問題点

受給者の自立を願って、支援をする福祉や医療のサービスは上記で記したサービスを見ても、主として在宅支援向きのものばかりである。それだけ住み慣れた家・環境にあっての支援が望まれているということだ。しかし、介護保険制度自体が今後施設サービスよりも在宅サービスを中心としたサービスに転換を図ることを前提にした制度であるのだが、問題は多数残っている。「家族による家族の介護」というのは確かに基本であり、それを支援するためだけにサービスを提供するという形も間違っていないと思う。頼らせるだけでなく、支援という形でもって家族の絆を深めさせることは必要だと思える。

しかし、すべてのサービス受給者に家族が居るという前提条件は必ずしもつけられるものではない。独居老人という存在を忘れてはいけないのだ。高齢化・核家族化が進展する今日の日本では、高齢者の一人暮らしも増加傾向にある。それと同時に一人暮らしであったため、誰にも看取られることなく亡くなり、結果、その死を数日以上経ってから周囲に知られるという悲惨な孤独死というニュースすら流れる始末だ。これは現在の介護福祉制度において、重大な問題となりうるのではないだろうか。

また高齢者による高齢者の介護が行われている現状もある。「はじめに」で少し触れたが、例えば90歳の痴呆患者を60歳の高齢者が介護する、というのがそれだ。高齢者というのは、体力的にも精神的にも、若年層の者より衰えが見え始めているはずだ。そのような高齢者に更に介護をするように強要することは罪悪ではないだろうか。

今後、益々進展する高齢化に伴い、このような状況に陥る受給者やその家族は増えてい

くはずだ。その際、もし在宅支援にサービスが傾きすぎて入所可能な施設が足りなくなるという事態が必ず起きてくるはずだ。現在での全国の介護福祉制度の受給者総数は、33,189,000 人となっており、居宅サービスでは 25,292,000 人、施設サービスでは 7,813,000 人となっている。数値的には 20%に満たないが、無視していい数ではない。足りなくなってから慌てるのではなく、今のうちからしっかりと準備していくことも必要だと思われる。現状では要介護認定を受けると誰でも施設に入れることになってはいるが、施設の絶対数が少ないため、介護度が低い人ほど入所を断られる確率が高まっている。痴呆性老人を小グループで集め、治癒や進行を止めるグループホームの建設を増加したりして施設サービスを利用するチャンスを増やすべきだ。

[04：まとめ]

介護福祉制度を見つめると同時に数点の問題点を挙げたが、総じて思ったことは、政府は介護を必要とする者が居る家族のことを蔑ろにしすぎているように見えることだ。事務的に介護をこなすことしか考えていないから、要介護度を認定すると言う重要な場で、作られた定義に当てはめるだけの診断しかしないし、給付額により受けられるサービスが足りないと言う状況になるのだと思う。勿論、給付額の枠の中で生活することが出来る受給者だっているだろう。しかし、要介護度レベルが上がるにつれて、介護を欲するということで、希望するサービスと実際に受けられるサービスとの間に差が生じているのも事実だ。また、要介護度が低くても一人暮らしであったり、介護者(付きっきりで見られる家族等)が居なかったり、居住環境が悪かったりと、本人には関係の無いところで問題が生じている場合がある。

これから高齢化・少子化が進むにつれ、保険料の増加が予想される。現在でも支払うことが出来ない者も居るのに、これ以上保険料が上がってしまったら、低所得者には大きな負担となるだろう。保険料が払えない場合は、勿論介護福祉サービスを受けることが出来ない。保険料が払えたとしても、サービスを受けることで生じる利用料金が払えない場合も出てくるだろう。年金しか収入源のない高齢者にとって、負担の増加はまさしく命を奪うことだとも思える。自分の代わりに介護に掛かった費用を支払う家族が居ない高齢者もいるということを考えるべきだ。

<<参考資料>>

- ・ 厚生労働省ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/>

- ・ 介護保険制度ウォッチング

<http://www.mars.dti.ne.jp/~doi/index.html>